Rok XXVII. Kraków, 27 Października 1888. Nr. 43.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń.
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam. 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam. 81, Rue des Saintes Pèr .

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w **Austryi** 8 złr. 80 ct.	w **Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 14 mk.	**we Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Z zakładu patologiczno-anatomicznego Prof. Dra Hlavy w Pradze czeskiéj.

Przyczynek do histologii choroby Brighta.

Napisał
Dr. Andrzéj Obrzut,
docent anatomii patologicznéj i I. asystent powyższego zakładu.

Długoletnia dyskusyja nad punktem wyjścia sprawy zapalnéj w nerkach pochłonęła już bardzo wiele czasu, a owocem téj dyskusyi jest tylko olbrzymia literatura. Gdy porównamy rezultaty tych wyczerpujących badań z trudami, jakich te badania wymagały, okaże się między niemi rażący niestosunek. W ostatnich pracach wyczerpujących ten przedmiot bardzo rzadko spotkać możemy zdanie, któregoby już dawniéj kto inny nie był wypowiedział. I inaczéj też być nie może, bo dopóki nie poznamy sprawy zapalnéj we wszystkich jéj objawach anatomicznych w ogólności, a w narządach miąższowych w szczególności, dopóty nauka o chorobie Brighta nie postąpi naprzód. Najważniejszém zjawiskiem sprawy zapalnéj są jéj produkty i różne przemiany następowe tych produktów czyto w kierunku wstecznym, czy postępowym, organizacyjnym. Szczególnie pod tym ostatnim względem zdania autorów znacznie się różnią. Podczas gdy jedna grupa autorów sprawę plastyczną w tkance łącznéj międzykanalikowéj wyprowadza z ciałek białych wyemigrowanych z naczyń krwionośnych, druga grupa autorów widzi początek téj sprawy w proliferacyi komórek stałych, śródbłonków naczyń. Najważniejszy zatém objaw anatomiczny sprawy zapalnéj, nowotworzenie tkanki łącznéj w przestworach międzykanalikowych, jest przedmiotem sporu. Ale przypuściwszy jedno lub drugie źródło komórek tworzących naciek w przestworach międzykanalikowych jeszcze dalekimi jesteśmy od poznania wszystkich faz, jakie taki naciek drobnokomórkowy musi przebyć, aby z niego powstała tkanka łączna. Wiemy tylko, że w pewnych okresach rozszerzenie przestworów międzykanalikowych polega głównie na nacieku drobnokomórkowym, że w innych okresach, które uważamy za późniejsze, komórek okrągłych jest znacznie mniéj, a rozszerzenie to polega głównie na rozmnożeniu włókien tkanki łącznéj, w których ułożone są komórki wrzecionowate w różnéj ilości. Z postaci przejściowych tych komórek wnosić zwykliśmy, że komórki okrągłe rosnąc zamieniają się w tak zwane epitelioidowe, a wreszcie wrzecionowate. Komórek wrzecionowatych jest jednakże daleko mniéj niż było początkowo komórek limfatycznych okrągłych. Przypuściwszy zatém, że pewna część tych ostatnich przeistoczyła się w wrzecionowate, nie wiemy teraz, co się stało z większą częścią tych komórek pierwotnego nacieku. Przypuszczenie, że z ich materyjału powstały włókienka tkanki łącznéj, nasuwa się nam samo przez się, ale dotąd nikt tego nie wykazał.

Jeszcze większa niepewność, prawie chaos, panuje w pojęciach co do zmian zapalnych na przybłonkach kanalików i kłębków, właściwym miąższu nerkowym. Przemiany postępowe i wsteczne tych składników są tak ściśle z sobą spojone, w tak różnych przedstawiają nam się postaciach, a dla których nie mamy żadnego wyjaśnienia, że jak na dzisiaj nie wiemy nawet, czy należą one do sprawy zapalnéj.

Wobec tych niepewności na każdym kroku trudno dziś kusić się o rozwiązanie problemu zapalenia nerek, w szczególności zaś pytania dotyczącego punktu wyjścia wszystkich zmian zapalnych. Nie myślę też dzisiaj powiększać szeregu zwolenników jednéj lub drugiéj teoryi, ani układać nowego podziału choroby Brighta. Ograniczę się tylko do badania różnych produktów sprawy zapalnéj, jéj przemian wstecznych i postępowych, jakich siedliskiem są różne części miąższu nerkowego. Rzucenie choćby cokolwiek światła na przedmioty tak ciemne usprawiedliwi mnie może, że w ogóle zabieram głos w kwestyjach, o których już tyle napisano.

Rezultaty moich poszukiwań różnią się dosyć znacznie od wielu z pojęć dzisiejszych przyjętych ogólnie, z niektóremi są w zupełnéj sprzeczności. Mimo tego nie waham się przy-

jąć za nie odpowiedzialność, bo doszedłem do nich na podstawie dokładnego zbadania kilkuset preparatów i za pomocą metody, którą uważać muszę za najlepszą ze wszystkich, jakich dotąd w patologii nerek używano. Myślę téż, że za pomocą téj metody konsekwentnie w każdym przypadku zastosowanéj patologija nerek wzbogaconą zostanie o niejeden cenny przyczynek, a z tych kiedyś da się ostatecznie rozwiązać cały problem dotyczący choroby Brighta. Metoda ta nie jest nową, ale nikt dotąd nie zastosował jéj na większą skalę w badaniu przypadków chorób nerkowych. Polega ona na twardzeniu preparatów w rozczynie Fleminga, owéj znanéj mięszaninie kwasu osmowego, chromowego i octowego. Kawałki z preparatów, o ile można jak najprędzéj po śmierci wydobytych, niegrubsze niż na 1 milimetr i o powierzchni nie przenoszącéj $^1/_2$ ctm. kwadratowego wrzuca się do dostatecznéj ilości rozczynu Fleminga tak, aby na jeden z takich kawałków przypadło około 5 ctm. tego rozczynu. Cztery tak cienkie skrawki wycięte z różnych części narządu wystarczą w zupełności do otrzymania kilkudziesięciu preparatów z każdego przypadku. Rozumie się samo przez się, że kawałki tak cienkie należy wrzucić do rozczynu w stanie zupełnie wyrównanym, a po kilkunastu minutach przewrócić na drugą stronę, bo z powierzchni przylepionéj do dna naczynia rozczyn twardzący nie przenika dokładnie preparatu, a daléj preparaty stwardłe w stanie pokrzywionym już potém trudno wyrównać. Po 2—3 dniach twardnienia preparatu daje się na parę godzin do znacznéj ilości wody, którą należy 2—3 razy zmienić, aż pozostaje zupełnie bezbarwną. Twardzenie następowe odbywa się w pierwszych godzinach w słabym wyskoku, późniéj w bezwodnym. Po 2—3 dniach stwardniania w wyskoku preparaty zatapia się do celoidynu i mamy materyjał gotowy do otrzymania skrawków mikroskopowych. Kawałki tak stwardłe mają zbitość tak dogodną, jakiéj nie można otrzymać żadnym innym sposobem. Już podniesienie koła mikrotomu automatycznego Reicherta o jednę tylko przedziałkę daje nam skrawki przez całą powierzchnię preparatu, a więc idealnie cienkie. A takie tylko właśnie skrawki nadają się do podobnych poszukiwań. Rozczyn Fleminga nie tylko ustala wszystkie składniki w sposób najlepszy, zachowuje ich naturalną postać i kontury, jak również barwę ich (n. p. hemoglobina ciałek czerwonych), a zbitość jest tak dogodna, że składników tych ani nawet nóż mikrotomu nie przerywa (n. p. epiteliów pokrywających pętle naczyniowe kłębka do światła naczyń lub podobnie).

Preparaty pochodzące z wyskoku pozwalają rozpoznać tylko grubsze zmiany, postać zaś różnych składników miąższu nerkowego tak znacznie jest zmienioną, podobnie jak ich barwa, że preparaty takie do tak delikatnych badań zupełnie się nie nadają. Kwas chromowy i rozczyn Müllera, zwłaszcza ten ostatni, nie dają dokładnych pojęć o własnościach istoty chromatycznéj jąder, czysty zaś kwas osmowy zmienia znacznie naturalną barwę utkania i wytwarza dużo tworów sztucznych. To samo można powiedzieć o mięszaninie Kolossewa (kwas osmowy z azotanem urowym), który ani jednéj zalety przed rozczynem Fleminga nie posiada, mianowicie zaś nie przenika lepiéj preparatów grubszych. Te zresztą są przy tych badaniach zupełnie zbyteczne. Co do środków barwiących, to najlepsze rezultaty daje rozczyn wodny zgęszczony safraninu i gencyjany, z małą domieszką ($^1/_8$) rozczynu wyskokowego. Barw tych używałem z osobna, lub po kilkugodzinném barwieniu safraninem, po wymyciu preparatu w lekko bardzo zakwaszonym wyskoku (HCl) barwiłem go jeszcze następnie w gencyjanie (3—5 minut). W takich razach istota chromatyczna jąder barwiła się po większéj części safraninem, podczas gdy drobniejsze jéj ziarnka i osłonka jąder nasycały się gencyjaną. Do barwienia innych składników miąższu jak tkanki łącznéj, istoty międzykomórkowéj i t. d. wystarczało podwójne barwienie powyższe (safranin i gencyjana) lub zamiast gencyjany bardzo słaby i krótko działający wodny nigrozyn lub *Tra Guajaci*, a przy preparatach zabarwionych pierwotnie gencyjaną kwas pikrynowy lub eozyn.

Jak wspomniałem, różne produkty zapalne złożone w różnych częściach miąższu nerkowego są przedmiotem niniejszéj pracy. Bez względu zatém na postacie zapalenia zastanowimy się nad zmianami zapalnemi, których siedzibą są przestwory międzykanalikowe w korze i w piramidach, torebka Bowmana i jéj najbliższe otoczenie na zewnątrz i wewnątrz, naczynia krwionośne kłębka i przestworów międzykanalikowych, wolny przestwór torebki Bowmana, światło kanalików, ich przybłonki i t. z. *membrana propria*.

Przy opisywaniu moich przypadków, które mi mają posłużyć za podstawę do dalszéj dyskusyi, ograniczę się tylko do rzeczy najniezbędniejszych z zupełném pominięciem historyj chorób i protokołów sekcyjnych. Szczegółowo opiszę tylko zmiany mikroskopowe i to tylko takie w każdym przypadku, które pozwolą na pewne wnioski, o innych wspomnę tylko w krótkości.

Przypadek I. P. O.... chłopiec lat 8, *Scarlatina. Nephritis scarlatinosa acuta*, (*glomerulonephritis*), *tumor lienis acutus*, *degeneratio parenchymatosa hepatis*, *croup pharyngis*, *otitis media suppurativa*.

Nerki zdają się nieco zwiększone, torebka cienka, powierzchnia gładka, blada z nielicznemi punktowatemi wybroczynami, żyłki gwiazdkowe przekrwione, kora lekko rozszerzona, obrzękła, barwy szarożółtawéj, nieliczne wybroczyny.

Badanie mikroskopowe. Najważniejsze zmiany znajdują się w przestworach międzykanalikowych i na kłębkach Malpighiego. W całym miąższu nerkowym przestwory międzykanalikowe są znacznie porozszerzane, ale nie w stopniu równym. Rozszerzenie to pochodzi jużto ze znacznego rozszerzenia naczyń międzykanalikowych krwią przepełnionych, jużto z wypełnienia tych przestworów masami drobnoziarnistemi i delikatnie włóknistemi z nieznaczną ilością leukocytów wpośród tych mas zawieszonych. Ściany naczyń włosowatych międzykanalikowych, podobnie jak *membrana propria* kanalików skręconych wszędzie delikatne, cieniutkie. Stosunek przestrzeniowy między temi rozszerzonemi naczyniami włosowatemi a przestworami międzykanalikowemi jest taki, że przestwór ten niekiedy jest tylko ogromnie rozszerzoném naczyniem włosowatém, w innych razach obok ścian naczynia włosowatego na zewnątrz znajdują się owe masy ziarniste i włókienkowato-siatkowate. Dwie te okoliczności rozszerzające odstępy między sąsiedniemi kanalikami w różnym zatém stopniu przyczyniają się do tego rozszerzenia, raz jeden, drugi raz drugi przeważa. Na największą uwagę zasługuje stosunek naczyń włosowatych i ich zawartości do owych mas drobnoziarnistych i siatkowatych. Otóż pod tym względem panują tu stosunki najrozmaitsze. Albo ściana naczynia jest wszędzie widoczna w postaci cieniutkiéj jednokonturowéj linijki z bardzo skąpemi jądrami śródbłonkowemi albo na pewnych miejscach znika jéj ślad zupełnie i zawartość naczynia, t. j. ciałka czerwone (ilość białych jest zwykle prawidłowa), przechodzi bez żadnéj granicy w masy ziarnisto-włókienkowate około naczyń włosowatych. Ta przemiana krwi, która często już w naczyniu włosowatém ma miejsce, obok zupełnie prawidłowych ścian i skąpéj ilości prawidłowych śródbłonków jest bardzo powolną. Najlepiéj widać to na

przekrojach podłużnych naczyń włosowatych. Jedna część takiego naczynia wypełniona ciałkami krwi czerwonemi prawidłowo zabarwionemi o dosyć wyraźnych konturach, gdy druga część nieznacznie przechodząca w tamtą wypełniona jest siatką o bardzo maleńkich oczkach; barwa téj siatki jest identyczna z ciałkami czerwonemi, a w jéj punktach węzłowych znajduje się często jedno, dwa lub więcéj ciałek czerwonych. Te ostatnie zlewają się często w jednę całość, z któréj wychodzą owe włókienka tworzące siatkę wśródwłosowatą. Dzieje się to w ten sposób, że z masy ciałek czerwonych zlanych w jednę całość wychodzą coraz bardziéj scieńczające się wypustki téjże barwy co one. Barwa ta charakterystyczna ciałek czerwonych znika dopiero w miejscach dalszych od ciałek czerwonych oddalonych. Otoczenie ziarnisto-włókienkowate naczyń włosowatych stanowiące resztę przestworu międzykanalikowego nie różni się niczém od siatki pomiędzy naczyniami włosowatemi a przechodzi w nią bezpośrednio w tych miejscach, gdzie ściana naczynia stała się niewidoczną. I w téj siatce okołowłosowatéj znajdujemy niekiedy ciałka czerwone pojedynczo lub więcéj razem zlane w całość bez wyraźnych konturów. Całość tych ciałek lub téż pojedyncze za pomocą wypustek komunikują z tą siatką. Leukocyty w pewnych przestworach międzykanalikowych tak w naczyniach włosowatych jakotéż w oczkach siatki śród- i zewnątrzwłosowatéj znajdują się w bardzo nieznacznéj ilości. Ten stosunek ilościowy można zauważyć nawet w najbardziéj rozszerzonych przestworach międzykanalikowych, podczas gdy w przestworach mniéj rozszerzonych leukocytów może być znaczna ilość. Mało miejsce najczęściéj w otoczeniu większych naczyniek korowych (żyłek). Leukocyty te po większéj części tak w naczyniach krwionośnych, jakotéż w siatce naokoło naczyń włosowatych nie przedstawiają albo żadnych różnic co do wielkości jąder i istoty chromatycznéj lub téż jądra ich są większe, podobne do epitelioidowych. Między jedną i drugą postacią napotykamy wszystkie możebne przejścia. Jądra epitelioidowe przeważają w tych miejscach, gdzie przemiana siatkowata tak zawartości naczyń krwionośnych, jakotéż ich otoczenia jest wybitną, a ciałek czerwonych krwi już nie znajdujemy. Stosunek pierwoszcza tych komórek do owej siatki jest albo taki, że komórki te leżąc w oczkach téj siatki nie mają żadnego spojenia z nią za pomocą pierwoszcza, albo łączą się z nią za pomocą bardzo delikatnych wypustek jednolitych lub bardzo drobnoziarnistych. Na śródbłonkach naczyń włosowatych, których ilość jest jak w stosunkach prawidłowych bardzo skąpa, nie znalazłem zmian żadnych, ani obrzmienia, ani pomnożenia istoty chromatycznéj, ani figur karyjokinetycznych, w ogóle niczego, coby świadczyło za ich czynnością proliferacyjną. Podobnie w ścianach kanalików nic podobnego nie zauważyłem. Tém wyczerpałem zmiany przestworów międzykanalikowych kory nerkowéj. (C. d. n.)

II. O Thure Brandtcie i jego metodzie leczenia cierpień ginekologicznych.

Skreślił Dr. Henryk Jordan,
Doc. Uniw. Jagiell.

Zamiarem niniejszéj pracy nie może być zupełnie dokładne przedstawienie metody leczenia majora szwedzkiego Thure Brandta, gdyż samo opisanie techniki wszystkich rękoczynów, które on wykonywa i wszystkich ruchów gimnastycznych, do których wielką przywięzuje wagę, zajęłoby o wiele więcéj miejsca, niż „Przegląd Lekarski“ może poświęcić sprawie dla wszystkich lekarzy wprawdzie ciekawéj lecz przecież głównie obchodzącéj tylko lekarzy cierpieniami kobiecemi się zajmujących. Dokładne przedstawienie musi być przedmiotem osobnéj pracy a tu ograniczę się do wykazania wartości téj metody i do opisania jéj zasad, o ile to jest konieczne dla tych, którzy w tym kierunku pracować zechcą. Czynię to na podstawie własnych spostrzeżeń zebranych u Thure Brandta, z głębokiém przeświadczeniem o użyteczności metody i w interesie téj ogromnéj liczby kobiet chorych, dla których dotychczasowa pomoc nasza częstokroć bardzo bywa niedostateczną. Tego mi bowiem nie zaprzeczy żaden sumienny ginekolog, że o ile dział chirurgiczny terapii ginekologicznéj kolosalne zrobił postępy, o tyle wcale nie możemy być dumni z wyników terapii naszéj w tych codziennych niby nie ciężkich chorobach, któremi dotknięte kobiety latami się leczą, ogólnie i lokalnie, a przecież nie rzadko słuszny mają powód być niezadowolonemi z leczenia i czasu klimakteryjum wyczekiwać muszą, aby ulgę znaleźć w cierpieniach, a niekiedy i wtedy jeszcze nie są od nich wolne. Ta niedostateczność terapii ginekologicznéj jest téż niezawodnie głównym powodem, dla czego nazwisko Thure Brandta w ostatnich dwóch latach tyle nabrało rozgłosu śród rzeszy ginekologów.

Major Brandt, dziś starzec prawie 70 letni, ale jeszcze pełen sił i zdrowia, nie miał początkowo zamiaru poświęcić się leczeniu chorób w ogóle a szczególnie leczeniu ginekologicznemu; przypadek zaprowadził go na tę drogę, gdy w roku 1847 udało mu się wyleczyć miesieniem doraźnie żołnierza, który cierpiąc na wypadnięcie prostnicy w braku lekarza do niego jako do gimnasty udał się o pomoc. W roku 1859 przebywając w okolicy, gdzie wiele kobiet ciężko pracujących cierpiało na wypadnięcie macicy, przypomniawszy sobie przypadek z żołnierzem zaczął myśleć nad leczeniem tego zboczenia; w roku 1861 udało mu się téż po dłuższych studyjach pierwszy tego rodzaju przypadek chorobowy uleczyć; wkrótce rozniosła się wieść o tém w okolicy i liczba chorych zgłaszających się o pomoc zwiększała się. Zachęcony przez prof. Hartcliusa zaczął badać wewnętrznie, aby dojść, jakie rezultaty gimnastyką w cierpieniach kobiecych osiągnąć można, a badając zapoznał się z rozmaitemi zboczeniami narządu płciowego. Jako gimnasta wiedział, że obrzmienia zapalne pod wpływem ucisku szybko ulegają wessaniu, rozpoczął więc to samo próbować w obrzmieniach zapalnych okołomacicznych, a szczęśliwe rezultaty zachęcały do dalszych prób w chronicznych obrzmieniach macicy, w przypadkach jéj zaniku, kataru, przegięciach i przechyleniach itd. Brandt więc powoli i stopniowo rozszerzał zakres swoich zabiegów na rozmaite choroby kobiece i dzięki przypadkowi z żołnierzem a następnie dzięki wielkiemu darowi obserwacyi, ścisłéj loice myślenia, odwadze i wytrwałéj pracy tego wyjątkowego człowieka rozwinęła się metoda przyrodniczego leczenia chorób kobiecych, którą jéj wynalazca, „leczeniem za pomocą gimnastyki leczniczéj“, Schauta zaś „metodą leczenia ręcznego“ nazywa, a która, zdaniem mojém, ponieważ obie nazwy nie określają ściśle tego co się robi, metodą Brandta nazwaną być powinna.

Brandt opisał swoją metodę w r. 1868 w języku francuskim [1]), w r. 1884 po szwedzku [2]) ale obie te prace przebrzmiały nie zwróciwszy na siebie szerszéj uwagi lekarzy zagranicznych; ledwo tu i owdzie odezwał się głos zachęcający do pracy w tym kierunku: mianowicie Philippeauxa

[1]) *Nouvelle metode gimnastique pour le traitement des maladies des organes de bassin par Th. Brandt. Paris*, 1868

[2]) *Gymnastikom sâcom botunadel mot grinliga sunderlifssjak domar.... af Th. Brandt*, 1884. Krótkie streszczenie pracy tej wydał obecnie Dr. A. Resch po niemiecku p. t. *Th. Brandts heilgymnastische Behandlung weiblicher Unterleibskrankheiten. Wien*, 1888.

w r. 1871, prof. Aspa z Helsingfors w r. 1878 i Dra Perum i aczkolwiek rezultaty ogłoszone przez Aspa, mimo złéj metody, (miesił on palcem w pochwie leżącym) wcale były zachęcające, bo na 72 przypadków (*Metritis chron.*, *Catarrhus uteri*, *Parametritis*) było 23 wyleczonych, 34 znacznie polepszonych a tylko 15 bez polepszenia, to przecież miesieniem jako czynnikiem terapeutycznym w ginekologii mało się zajmowano a o Brandtcie jedni zapomnieli a drudzy potępili w czambuł jego metodę, wcale jéj nieznając (Reibmayer). Rozgłos dzisiejszy i uznanie zawdzięcza Brandt prof. Schultzemu z Jeny, który na zapewnienie Dra Profantera o wielkich zaletach metody nowéj nie wahał się zawezwać Brandta do Jeny w r. 1886 i powierzyć jego leczeniu 16 pacyjentek. Rezultaty téj kuracyi opisał i rycinami objaśnił Profanter w r. 1887 w dziele p. t. *Die Massage in der Gynaekologie*, do którego prof. Schultze napisał przedmowę. Książka ta rozniosła dopiero sławę Brandta i od tego czasu spieszą do niego do Stokholmu liczni lekarze, najwięcéj z Niemiec i ze Szwecyi, wielu także z Rosyi, z Anglii, z Francyi i z Ameryki. Z polskich lekarzy uczył się u Brandta Dr. Władysław Bylicki ze Lwowa i piszący te słowa. Dziś istnieje już nie mała literatura o Th. Brandtcie, a jak o nim piszą ci, którzy na jego pracę i jéj rezultaty przez czas dłuższy patrzeli, niech mi wolno będzie kilka przykładów przytoczyć dosłownie. I tak mówi w wymienionéj już przedmowie prof. Schultze: „*Ich habe die Überzeugung gewonnen, dass die Methode des Th. Br. vortreffliche Erfolge hat für Dehnung und Lösung parametritischer Fixationen des Uterus, und in anderen Fällen für Wiedergewinnung einer der normalen ganz analogen Befestigung des durch Erschlaffung seiner Fixationsmittel prolabirten Uterus. Es unterliegt für mich schon jetzt keinem Zweifel, dass in der Metode Th. Brandts unsere Therapie eine Bereicherung erfahren hat, ein Heilverfahren gewonnen, welches da und dort mit Vortheil an die Stelle anderer Therapie zu treten hat, und welches in anderen Fällen die Erfolge unserer bisherigen Therapie zu erhöhen berufen ist*".

Prof. Schauta z Pragi mówi: *Brandt ist geradezu ein Meister in der gynäkologischen Diagnostik. Ich war erstaunt über die sorgfältige bis ins Detail ausgearbeitete Diagnose.... eine seltene Geschicklichkeit und eine mit kritischem echt naturwissenschaftlich beobachtendem Verstande sorgfältig ausgearbeitete Behandlungsmetode.* Wreszcie

prof. v. Preuschen z Gryfii pisząc w *Centrbl. f. Gynäk.* 1888, Nr. 13 o leczeniu wypadnięcia macicy metodą Brandta, kończy w ten sposób: *Wollte man unter solcher Kenntniss der den Prolapus veranlassenden Momente sich theoretisch ein Heilverfahren konstruiren, so könnte man in der That kein besseres, als das hier besprochene wählen. Es bleibt daher im höchsten Grade bewunderungswürdig, dass ein Laie, der schw. Major Th. Br. auf rein empirischem Wege zu diesem Verfahren gelangte, das in erster Linie angewendet zu werden verdient.*

Słowa powyższe rzeczywistych powag w ginekologii a uczniów Brandta zdolne są usunąć wszelkie uprzedzenie do majora szwedzkiego i jego metody leczenia, to téż zdań równie fachowych wielu innych, jak: Reicha, Seiffarta, Theilhabera itd. cytować nie będę; dziś uśmiechać się ironicznie z przedmiotu, o którym mowa, może tylko ten, który wcale nie zna literatury dotyczącéj albo téż szczęśliwiec, który tylko w swój rozum wierzy a naocznie przekonać się nie chce.

Oryginalny przedstawia się widok wchodzącemu do tych dwóch pokojów, w których Br. kuracyję swoich pacyjentek odbywa. W pierwszym na stole w środku umieszczonym leży tyle kartek ile przychodzi pacyjentek; na każdéj kartce wymieniona dyjagnoza i terapija; zresztą jako umeblowanie prócz krzeseł jest kilka sofek odpowiednich do gimnastyki i ławka z strzemionami ustalonemi do utwierdzenia nóg. Pomiędzy pacyjentkami uwija się panna Johanson, patentowana gimnastka, pomocnica Brandta, która kolejno wywołuje pacyjentki i z każdą osobno wykonywa te ruchy gimnastyki szwedzkiéj, które przez Br. są właśnie zaordynowane. Wychodząc z zasady, że ciało ludzkie tworzy jednę, nierozdzielną całość, w któréj poszczególne narządy nawzajem na siebie oddziaływają, a podniety jednemu zadane na inne wpływ wywierają, Brandt nie ogranicza się do leczenia miejscowego chorego narządu ale poleca wykonywać rozmaite ruchy gimnastyki szwedzkiéj w pewnym ściśle wytkniętym celu. Ruchów tych w ogóle jest bardzo wiele, sąto ruchy bierne, częścią czynne lub czynne z oporem; przyrządów prócz wymienionych nie używa się żadnych. Co do zamierzonego celu, to ruchy u Brandta wykonywane dzielą się na dwie kategoryje: jedne sprowadzają krew do miednicy, drugie odwodzą ją z miednicy; prócz tych poleca Br. niekiedy miesić brzuch (przy obstrukcyi lub skłonności do rozwolnienia) oraz wykonywać ruchy w innym specyjalnym celu np. przy obniżonéj ciepłocie. Ruchów tych wszystkich opisać tu nie mogę dla braku miejsca [3]), te które tworzą integralną część leczenia miejscowego opiszę poniżéj. Pacyjentka każda wykonywa kilka ruchów rozmaitych, oczywiście w przerwach; wyjątkowo skarżą się chore, że je gimnastyka denerwuje, (w takich razach ogranicza Br. ruchy do łagodniejszych), w ogóle są zadowolone z tego dodatku terapeutycznego, który dobrze zastosowany i na cierpienie miejscowe i na stan ogólny korzystnie wpływać musi.

W drugim pokoju przy drzwiach zamkniętych pracuje Brandt otoczony gronem lekarzy, jeżeli pacyjentka nie płaci. Nowo przybyłą wypytuje najpierw w podobny, jak my, sposób, a następnie bada narząd płciowy, zawsze najpierw w postawie stojącéj pacyjentki a potém dopiero w położeniu jéj leżącém. Bada zawsze jednym tylko palcem, przyczém rękę pozostawia otwartą nie zwijając innych palców w pięść; bardzo często bada *per rectum* lub palcem wielkim *per vaginam* a wskazicielem *per rectum* równocześnie; badając chorą leżącą siada po lewéj stronie sofki krótszéj niż my używamy, aby pacyjentka z powodu krótkości sofki zmuszoną była trzymać odnogi dolne zgięte w stawie biodrowym i kolanowym; a rękę badającą (lewą) wprowadza nie między udami choréj, (jak my robimy), ale z boku między jéj lewém udem a podudziem i to tak celem badania jak i dla wykonywania wszelkich zabiegów, podczas gdy rękę prawą na podbrzuszu umieszcza; sposób taki badania przedstawia wiele korzyści, mianowicie badanie połączone dwiema rękami wydaje bardzo jasny obraz. Jak dokładnie Br. bada i jak subtelnie a prawdziwie rozpoznaje, o tém mówiłem cytując słowa prof. Schauty; ścisłość badania uważa Br. za pierwszy warunek użyteczności jego terapii, którą wiele bardzo pomódz ale i łatwo zaszkodzić można, masując np. z powodu złéj dyjagnozy ropień. (Dok. n.)

---

[3]) Ważniejsze są opisane w wyżéj wymienionym przekładzie Rescha.

III. Przyczynek do chirurgicznego leczenia padaczki.

Cztery przypadki podwiązania tętnic kręgowych w celu leczenia padaczki.

(Według wykładu wygłoszonego w sekcyi chirurgicznéj V. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie d. 20 lipca 1888).

Podał Dr. Roman Barącz,
operator we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 42).

III. Sylwester T., strażnik skarbowy z Bełza, liczący lat 29, cierpi od 8 lat na napady drgawkowe. Powstanie ich przypisuje chory silnemu przestrachowi przed nauczycielem lub płonicy przebytéj przed 12 laty. Napady były z początku lekkie, t. j. do r. 1887 i objawiały się uderzeniem krwi do głowy i utratą przytomności trwającą około $^1/_2$ minuty; przytém po takich napadach miewał bicie serca. Napady podobne występowały mniéj lub więcéj raz na miesiąc, a późniéj raz na dwa miesiące o różnych porach dnia. We wrześniu 1887 r. wystąpił w nocy pierwszy bardzo silny napad trwający około $^1/_2$ godziny, poczém przez 2 dni występowały kilka razy dziennie lekkie napady. Od września 1887 miał chory 5 wielkich napadów a oprócz tego znaczną ilość mniejszych. Wielkie napady trwały po kilka godzin, poczém chory przez całą dobę miał być nieprzytomnym; napady występowały prawie zawsze w nocy bez zwiastunów; podczas tych napadów chory krzyczał, tracił przytomność i miewał drgawki we wszystkich odnogach. Po napadzie miał poranione język i wargi, doznawał silnego bólu głowy i braku apetytu przez dni kilka. Ostatni wielki napad miał 27 maja, spodziewa się więc nowego napadu z końcem lipca.

Badanie wykazało: mężczyzna średniego wzrostu dość dobrze zbudowany i odżywiony; szyja dość długa i muszkularna; wól obustronny dość znaczny. Badanie narządów wewnętrznych nie wykazywało nieprawidłowości oprócz ze strony serca; stłumienie wypukowe okolicy serca szersze niż w stanie prawidłowym, nie przekracza jednak linii sutkowéj; nad komórką lewą wyraźny szmer skurczowy piłujący i dość wyraźny rozkurczowy; chory cierpi zatém na niedomykalność zastawki dwukończystéj.

Ponieważ leczenie wszelkiemi możliwemi środkami wewnętrznemi zawiodło, przystąpiłem d. 14 czerwca b. r. przy łaskawéj asystencyi Drów Błotnickiego i Prusa do podwiązania obu tętnic kręgowych. Cięcia poprowadziłem podobnie jak w 2 moich pierwszych przypadkach. Najpierw podwiązałem tętnicę kręgową prawą, następnie lewą. Wstawiającą się w ranę żyłę szyjną zewnętrzną po obu stronach odciągnąłem ku wewnątrz po odpreparowaniu. Mięśnie: mostko obojczyko-sutkowy i pochyły przodkowy rozwarto szerokiemi hakami tępemi, uważając aby nie ucisnąć nerwu przeponowego i pochwy wielkich naczyń szyi; nerw przeponowy po obu stronach bardzo się uwydatniał. Tętnica kręgowa po obu stronach leżała w głębokości około 7cm.; po stronie lewéj była prawie 2 razy tak grubą jak po stronie prawéj. Żyła szyjna wewnętrzna po stronie lewéj przebiegała bardzo powierzchownie i była mocno wydętą, żyła szyjna zewnętrzna wlewała się do niéj bardzo nisko na szyi, przez co dostęp do tętnicy był bardziéj utrudnionym. Żyłę szyjną zewnętrzną lewą zraniono nawet w jednym punkcie i podwiązano część ściany, przez co jednak światło żyły nie doznało znacznego zwężenia. Podwiązanie tętnicy prawéj trwało 3 kwadranse, lewéj tylko kwadrans pomimo trudności wywołanych nieprawidłowym przebiegiem żył. Po założeniu sączków na dno ran zespojono obie rany szwem dwuwarstwowym, t. j. materacowym i kuśnierskim; do wszystkich podwiązań i szycia użyłem jedwabiu. Chloroformowanie pomimo wady sercowéj zniósł chory bardzo dobrze; opatrunek ścisły z gazy jodoformowéj uciskowy jak w 2 pierwszych przypadkach.

Dalszy przebieg nie przedstawiał nic szczególnego; najwyższa ciepłota 38·6°C. okazała się 2go dnia po operacyi, poczém trwale opadła. Tętno wynosiło zazwyczaj 80 lub 84. Przy zmianie opatrunku 19 czerwca, t. j. 4go dnia po operacyi rana prawa okazała się zabliźnioną przez rychłozrost prócz miejsca dla drenu, rana lewa była nieco w dolnéj części zaczerwienioną a dren znikł w ranie; dla tego dolne szwy usunięto, ranę rozwarto i wydobyto dren; oba dreny usunięto; obie rany zgoiły się w przeciągu 12 dni przez rychłozrost. 26go czerwca chory odjechał do domu z ranami zabliźnionemi. Od czasu operacyi miał chory jeden lekki napad d. 17/7 w podróży do Lwowa w wagonie kolejowym; napad ten miał być lekkim i trwać tylko kilka minut według opisu kolegi jadącego z chorym w jednym przedziale.

IV. W. J. 14 lat liczący z Kielc w Królestwie polskiém; w wieku dziecięcym cierpiał na drgawki. W 10 roku życia wystąpił napad podobny do padaczkowego, poczém przez 3 lata napadu nie było. W r. 1887 w sierpniu wystąpił w nocy pierwszy charakterystyczny napad stwierdzony przez lekarza. W dzień po tym napadzie wystąpił drugi podobny; późniéj nastąpiła 6-cio tygodniowa przerwa, poczém napady wystąpiły na nowo i powtarzały się co 4 dni. Podawanie bromu i stawianie pijawek za uszami opóźniało napady. Obecnie występują napady co 4, 5 lub 6 dni; mają trwać parę minut, kurcze mają być silne. Przy końcu czerwca b. r. miał chory w jednym dniu 4 napady. Zwiastuny pojawiają się na kilkanaście godzin przed napadem i objawiają się rozszerzeniem źrenic, obrzmieniem warg, swędzeniem nosa i niezwykłą wesołością i ożywieniem chorego (objawy podrażnienia), który zazwyczaj bywa smutnym.

Badanie wykazuje: chłopiec wzrostu wysokiego, dobrze zbudowany i odżywiony o zdrowéj czerstwéj cerze twarzy; wynik badania narządów wewnętrznych ujemny.

Ostatnie napady wystąpiły 15/8, 21/8 i 25/8 rano na godzinę przed operacyją.

Operacyję, t. j. podwiązanie obu tętnic kręgowych, wykonałem 25/8 [1]) przy łaskawéj asystencyi Dra Piotrowskiego (z Królestwa), Dra Prusa, Dra Rosnera, Dra Sochańskiego i Dra Wehra.

Ułożenia chorego i cięcia jak w 3 pierwszych moich przypadkach. Krwawienie bardzo nieznaczne. Po stronie prawéj zraniono w drodze do tętnicy małą żyłkę, przez co pole operacyjne na chwilę zalało się krwią; tamponem krwawienie wstrzymano; odszukanie tętnicy po przecięciu głębokiéj powięzi szyji było trudném dla znacznéj głębi, w któréj leżała (około 7 cm.); a nadto dla tego, że tętnica leżała pod żyłą; oba naczynia były grubości pióra kruczego.

Po stronie lewéj żyła szyjna zewnętrzna stanowiła znaczne zgrubienie i przebiegała przez pole operacyjne, dla tego podwiązano ją podwójnie i przecięto, poczém w drodze stojący mięsień łopatkognykowy ujęto w hak z przednim brzegiem rany i w ten sposób usunięto przeszkody w drodze do tętnicy. Odszukanie tętnicy było i po téj stronie dla znacznéj głębokości utrudnioném; żyły kręgowéj nie napotkano tu w drodze do tętnicy. Do przestrzykania rany użyto sublimatu 1 : 1000; założono średniéj grubości dreny i przytwierdzono je szpilkami bezpieczeństwa; opatrunek jak u 3 pierwszych chorych. Operacyja trwała 1 $^1/_2$ godziny. Bezpośrednio po operacyi zauważono znaczniejsze zwężenie obu źrenic, oddziaływały one na światło dość żwawo. Tętno wynosiło 120. W $^1/_2$ godziny po operacyi gdy chory był pogrążony jeszcze we śnie dostał wśród krzyku napadu trwającego kilka minut; napad ten był o tyle zmodyfikowanym, że przy końcu wystąpił tężec najpierw w lewéj odnodze górnéj, późniéj w lewéj dolnéj; tężec ten w krótce ustąpił i chory spał daléj spokojnie. Podczas napadu źrenice się lekko rozszerzyły. Tegoż dnia wieczorem ciepłota wynosiła 38·5, tętno 108; tętno w ciągu dnia zeszło więc od 120 do 108 uderzeń na minutę; znaczne i bardzo widoczne opadnięcie powieki po stronie prawéj i znaczne zwężenia źrenicy prawéj; lewa źrenica wydawała się rozszerzoną. Tętno zeszło w następnych dwóch dniach do 92, wśród zaś dni dalszych do 88 uderzeń na m., ciepłota wieczorna zaś do 38·0. Dnia 29/8 wieczorem, t. j. 4-go dnia po operacyi, zmieniono opatrunek; rany były zgojone przez rychłozrost aż do miejsca dla drenów, z których wyciśnięto czyste skrzepy krwi; opatrunek jak po operacyi; nazajutrz rano chory odjechał do Kielc. W 10 dni po operacyi miał mieć jeden napad.

Czas obserwacyi we wszystkich czterech opisanych przypadkach jest jeszcze zbyt krótkim, ażeby można przyjść do stanowczych wniosków. W przypadku jednak pierwszym wynik dotąd jest bardzo dobrym, gdyż upływa już blisko $^1/_2$

[1]) A więc już po Zjeździe lekarskim.

roku od czasu operacyi a chory dotąd nie miał napadu. W przypadku drugim spostrzegłem bezpośrednio po operacyi zmniejszenie liczby i siły napadów, przytém były one znacznie zmodyfikowane, jak z historyi choroby się okazuje; od czasu okresu napadów po dziś dzień wystąpił w przypadku tym tylko jeden odosobniony napad. W przypadku trzecim wystąpił napad w miesiąc po operacyi, który mi opisano jako bardzo lekki, przypadek drugi i trzeci uważać więc można dotąd jako polepszone. Co do wyników ostatecznych to tylko dłuższa obserwacyja może pouczyć; po upływie dłuższego czasu doniosę o losie wszystkich 4-ch chorych.

W jaki sposób podwiązanie tętnic kręgowych usuwa napady lub wpływa korzystnie na ich zmniejszenie i zmodyfikowanie w niektórych przypadkach padaczki, trudno na razie rozstrzygnąć. Korzystny wpływ podwiązania tętnic kręgowych możnaby sobie tłómaczyć przedewszystkiem zmniejszeniem dopływu krwi do ośrodków dla drgawek w moście Varola, a względnie w rdzeniu przedłużonym. Sprzeciwiają się temu jednak stosunki anatomiczne; tętnica kręgowa wydaje bowiem liczne gałązki zaraz po wejściu w przewód wyrostków poprzecznych kręgów szyjnych, które znowu tworzą liczne anastomozy; w ten sposób krążenie powinno w krótce wyrównywać się. Że odżywienie mózgowe nie cierpi nawet po podwiązaniu tętnicy kręgowéj i obu tętnic dogłowowych wewnętrznych, udowodniły już dawno na psach przedsięwzięte doswiadczenia Cohnheima [1]), który powiada: „*Beim Hund und Kaninchen können Sie sogar die Vertebralis und Carotis dextra, ja selbst noch die Carotis sin., verschliessen, immer bekommt der Kopf noch beinahe die gleiche Blutmenge, weil nicht die rechte, sondern die linke Subclavia sich erweitert, aber auch diese keineswegs in allen ihren Verzweigungen, sondern lediglich und allein ihr Vertebralast.*“ Tak samo rzecz się mieć powinna po podwiązaniu obu tętnic kręgowych i jednéj dogłowowéj; krążenie w mózgu wyrównać się musi przez rozszerzenie drugiéj tętnicy dogłowowéj. Po podwiązaniu jednéj tętnicy kręgowej wyrównywa się krążenie przez rozszerzenie drugiéj i przez krążenie uboczne; po podwiązaniu obu tętnic kręgowych, wyrównywa się ono prawdopodobnie przez rozszerzenie t. z. *rami spinales*, które odchodzą od tętnic kręgowych i łączą się z tętnicą przodkową wyrostków; również wyrównywa się tu krążenie przez rozszerzenie tętnic dogłowowych wewnętrznych. Czy także ujęciu w podwiązkę lub obrażeniu gałązek nerwu współczulnego zawdzięczać możemy wpływ korzystny operacyi w niektórych przypadkach padaczki, trudno na razie orzec; być może, że obrażenie nerwu współczulnego obok podwiązania tętnicy kręgowéj działa tu korzystnie.

Jako dowód obrażenia nerwu współczulnego w każdym przypadku podwiązania tętnicy kręgowej służy nam zwężenie źrenicy i niedowład powieki górnéj, występujące po stronie operowanéj w każdym przypadku tak przezemnie jak i przez Alexandra spostrzeganym. Jeżeli operacyi dokonano obustronnie, to najpierw zwęża się źrenica po stronie, po któréj najpierw tętnicę podwiązano a późniéj po stronie drugiéj; przez to obustronne zwężenie źrenic światła ostatnich wyrównywają się. Zwężenie źrenicy po stronie operowanéj utrzymuje się zazwyczaj trwale, w mniejszości tylko przypadków ustępuje po upływie dłuższego czasu; w moich obu przypadkach, w których podwiązałem tętnicę jednostronnie, utrzymuje się dotąd. Również w każdym przypadku podwiązania tętnicy kręgowéj zauważono niedowład powieki górnéj, drugi dowód obrażenia nerwu współczulnego. Zwężenie źrenicy i porażenie powieki górnéj zauważono także po obrażeniach postrzałowych nerwu współczulnego [1]) i to zwężenie źrenicy jako objaw zawsze występujący, porażenie powieki górnéj zaś jako objaw bardzo częsty. Obrażenie gałązek nerwu współczulnego, które zatém zawsze ma miejsce przy podwiązaniu tętnicy kręgowéj, może także mieć korzystny wpływ, t. j. sprowadzać ustąpienie a względnie zmniejszenie napadów padaczkowych. Fizyjologicznie więc pozostaje rzeczą nierozstrzygniętą, czemu właściwie przypisać należy korzystny wpływ operacyi na epilepsyję.

Technika operacyjna i stosunki anatomiczne. Nie od rzeczy będzie omówić tu pokrótce technikę operacyjną podwiązania tętnicy kręgowéj; ja trzymałem się po części (nie bardzo dokładnych) wskazówek podanych w dziełach Königa [2]), Bardelebena [3]) i Fischera [4]), po części zaś posługiwałem się doświadczeniem własném, nabytém podczas wykonania 36 podwiązań na trupach. Metody Dietericha [5]) podwiązania tętnicy kręgowéj na karku pomiędzy pierwszym a drugim kręgiem szyjnym albo pomiędzy potylicą a pierwszym kręgiem szyjnym wydają mi się bardziéj skomplikowane.

Chorego układałem na grzbiecie, z grzbietem wzniesionym, z głową zwróconą wprost; zwrócenie głowy na stronę przeciwną utrudnia, zdaniem mojém, operacyję, gdyż zmieniają się przez to stosunki topograficzne pojedynczych części szyi. Cięcie prowadziłem w dolnéj części szyi wzdłuż tylnego brzegu mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego 7—8 cm. długie, w miarę długości i grubości szyi a względnie wieku osoby operowanéj. Po przecięciu skóry napotyka się na mięsień płaski szyi, który się przecina; przez pole operacyjne przebiega spora żyła szyjna zewnętrzna, którą hakiem tępym odciąga się ku wewnątrz [6]) albo téż podwiązuje podwójnie i przecina pomiędzy podwiązkami. Następnie wyszukuje się tylny brzeg mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego i oddziela się powięź jego tępo od powięzi mięśnia pochyłego przedniego, uważając, aby nie obrazić nerwu przeponowego przebiegającego ukośnie przez przednią powierzchnię ostatniego mięśnia od góry i tyłu, ku dołowi i przodowi. Mięsień mostko-obojczyko-sutkowy wraz z pochwą wielkich naczyń szyi odciąga się ostrożnie szerokim hakiem tępym ku wewnątrz, mięsień pochyły przodkowy zaś na zewnątrz Palcem wprowadzonym w ranę wyszukuje się następnie rowek pomiędzy mięśniami: pochyłym przodkowym a długim szyi i maca t. z. *tuberculum caroticum*. Wymacawszy dokładnie ostatni wyrostek, wyszukuje się tętnicę kręgową leżącą w odległości 1 cm. poniżej i nieco ku wewnątrz od *tuberculum caroticum*. Tętnicę oddziela się ostrożnie od żyły lub splotów żylnych [7]), podkłada pod nią nawleczoną krótką igłę tętniakową i związuje nitkę; do podwiązek użyłem jedwabiu. Światło tętnicy bywa bardzo zmiennem, w miarę rozwoju naczyń ustroju; obwód tętnicy wynosi na podstawie pomia-

[1]) *Vorlesungen über allgemeine Pathologie.* Berlin 1883, str. 123.

[1]) *Sanitätsdienst bei den deutschen Heeren im Kriege gegen Frankreich* w *Centralblatt f. Chirurg.* 1887, Nr. 17, str. 321 i 322. — [2]) *Lehrb. der speciellen Chirurg. III Aufl. I Band*, str. 477 i 478. — [3]) *Lehrb. d. Chirurg. u. Operationslehre, 8 Ausg., II Band*, str. 184. — [4]) *Deutsche Chirur. Lief. 34*, str. 71. — [5]) Martell Frank: *Systemat. Lehrb. d. gesammt. Chirurg. 1852. II Band*, str. 273 i 274. — [6]) Do operacyi téj należy używać tylko haków tępych, hakami ostremi łatwo można obrazić główne naczynia i nerwy szyi. — [7]) Zamiast pojedynczéj żyły napotkać tu możemy sploty żył.

rów uskutecznionych przezemnie na 24 tętnicach od 5 — 15 mm. u osób dorosłych; bardzo często tętnica po jednéj stronie bywa 2 razy grubszą niż po przeciwnéj stronie szyi[1]).

Rany podczas operacyi przestrzykiwałem kilkakrotnie rozczynem sublimatu 1 : 1000 i oczyszczałem wacikami sublimatowemi. W dno rany wkładałem gruby dren, który usuwałem między 4-tym a 6 dniem po operacyi: w 2 przypadkach dren znikł w ranie i musiano go po rozlepieniu sklejonych brzegów wydobywać, co mi przeszkodziło do rychłozrostu. Dren należy zatém zawsze ustalać szpilką bezpieczeństwa; przyszycie go do brzegów rany nie zabezpiecza dostatecznie od unieruchomienia go. Ranę szyłem warstwowo szwem materacowym i kuśnierskim; opatrunek zakładałem jodoformowy, uciskowy, obejmujący szyję, kark, czoło i pierś chorego; dla nieuruchomienia szyi wzmacniałem go opaską organtynową krochmaloną. Unieruchomienie w sposób podany szyi, uważam za niezbędny warunek gojenia się rany przez rychłozrost. Wygojenie nastąpiło we wszystkich trzech przypadkach po 2 opatrunkach.

Kazuistyka, statystyka i wskazania do operacyi. Oprócz Alexandra, Sydney-Jonesa i mnie wykonał operacyję tę na 3 chorych Bernays (w St. Louis w Ameryce)[2]), w jednym przypadku jednostronnie, nie mogąc odszukać drugiéj tętnicy, w 2 przypadkach zaś obustronnie. Wynik w jego przypadkach miał być najwyżéj tylko do ½ roku korzystnym; B. odradza zatem powtarzania téj operacyi; we wszystkich 3 przypadkach zauważył on znaczne przyspieszenie tętna przez 10 — 14 dni po operacyi[3]).

Na zapytanie listowne autora téj operacyi Alexandra co do wyników ostatecznych jego przypadków operowanych w latach 1881 i 1882 otrzymałem następującą listowną odpowiedź: „Z 35 przypadków, w których podwiązałem tętnicę kręgową z powodu padaczki, tylko w 8-miu przypadkach nastąpiło zupełne wyleczenie, w 11-tu osiągnąłem znaczne polepszenie, w 16-tu operacyja nie wywarła korzystnego skutku; w żadnym przypadku nie nastąpiło pogorszenie, trzech chorych umarło: jeden z powodu krwotoku, jeden z powodu zatoru a jeden z powodu zapalenia opłucny“. Operacyję wykonano więc dotąd po wliczeniu 4 moich przypadków 45 razy, z dobrym zupełnie skutkiem ostatecznym w 8 przypadkach, z polepszeniem w 11 przypadkach, ze skutkiem ostatecznym nieznanym w 7 przypadkach (4 moje a 3 Sydney-Jonesa), bez skutku w 19 przypadkach. Licząc przypadki polepszenia po operacyi do operowanych z korzyścią wypada procent przypadków korzystnie operowanych prawie 50% a przypadków uleczonych przez operacyję 19%.

Mojem zdaniem, należy uważać zabieg podwiązania tętnic kręgowych za usprawiedliwiony w każdym cięższym przypadku padaczki prawdziwéj, w którym nie da się odnaleść przyczyna obwodowa wywołująca chorobę, i w którym leczenie środkami wewnętrznemi zawodzi. Chory przez wykonanie operacyi nie doznaje najmniejszéj szkody, umysł jego bywa swobodniejszym, chory żyje nadzieją wyzdrowienia, a jak wiadomo, sam wpływ psychiczny, pod którym tenże zostaje, wielką tu także odgrywa rolę. Chociażby się choroby nie usunęło trwale, ale tylko wpłynęło na złagodzenie i zmniejszenie liczby napadów, zabieg uważać winniśmy za usprawiedliwiony. Zabieg sam jakkolwiek trudny, wykonany ze znajomością dokładną okolicy dotyczącéj i przy ścisłém przestrzeganiu zasad antyseptyki uważać należy za zupełnie bezpieczny. Najkorzystniejszemi, według Alexandra, mają być przypadki świeże; w przypadkach zadawnionych operacyja ma łagodzić napady. Czy tylko niektóre przypadki padaczki prawdziwéj i jakie nadają się do tego sposobu leczenia, o tém tylko obserwacyja znaczniejszéj liczby przypadków leczonych w różny sposób mogłaby nas pouczyć, jak również doświadczenie wykonane na zwierzętach dotkniętych padaczką. Naturalnie że korzystnego wyniku spodziewać się możemy tylko w tak zwanéj padaczce samodzielnéj (*Epilepsia genuina*), wykluczyć zaś musimy przypadki należące do t. z. padaczki odruchowéj (*Epilepsia reflectoria*), powstającéj po urazach a w szczególności należące do Jacksonowskiéj t. z. padaczki korowéj. W przypadkach do ostatniéj kategoryi należących tylko usunięcie chorego ośrodka kory mózgowéj drogą trepanacyi czaszki, uważać należy za zabieg usprawiedliwiony.

[1]) W 3-cim moim przypadku podwiązania obustronnego tętnica lewa była przynajmniéj 2 razy grubszą od prawéj. — [2]) Patrz: *Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. XVII Congress.*, str. 39 i 40. *Beilage zum Centralblatt f. Chirurgie.* 1888. Nr. 24. — [3]) Ja podobnego przyspieszenia tętna w żadnym przypadku nie uważałem.

IV. Nerwice zwrotne w narządzie moczopłciowym, wywołane cierpieniem cewki.

Skreślił Dr. M. Misiewicz,
właściciel lecznicy miasta Łodzi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

Przypadek VII. Julijusz L., lat 32, fabrykant, dobrze zbudowany i odżywiony, lecz wrażliwy i nerwowy, nie przebywał cięższych chorób; przed rokiem, w czasie podróży do Rosyi, zaraził się rzeżączką, która powstała, jak utrzymywał, w skutek odbywania aktu spółkowania w wagonie i dotychczas, mimo starannego leczenia, ustąpić nie chciała. Próbował różnych wstrzykiwań od lekarzy i osób znajomych bezskutecznie, a w czasie ostatniéj bytności w Warszawie zapłacił sowicie jednemu z lekarzy, z warunkiem, aby rzeżączkę wyleczył w ciągu dni trzech. Zapisano mu *Zincum chloratum* w dawce dosyć heroicznéj, poczem wystąpiło częste wydzielanie moczu połączone z silnemi bólami i parciem na mocz, a niebawem chory, który odznaczał się i tak znaczném podnieceniem umysłowém i pobudzeniem imaginacyi przy zagotowaniu moczu spostrzegł w nim białko. To zmusiło go do poradzenia się w celu zbadania przyczyn białkomoczu, który uważał za objaw zapalenia nerek. Przy badaniu ogólném znalazłem miernego stopnia obrzęk śledziony i wątroby, zwątlenie przewodu pokarmowego z nieznacznem nagromadzeniem kału w okolicy kiszki ślepéj. W lewém międzyżebrzu (4, 5 i 6) bolesność, występująca przy ucisku, a chory objaśnia, że od niedawna cierpi na ból w międzyżebrzach lewych, raz w górnych to znowu w dolnych, lecz nie zależnie od bólów, przy oddawaniu moczu. Otwór zewnętrzny cewki zaczerwieniony cewka na całym przebiegu cokolwiek obrzękła i bolesna, szczególniéj zaś w części krokowéj. W wydzielinie znalazłem gonokoki wolne i usadowione w ciałkach ropnych, jakoteż duży nabłonek z szyjki pęcherza; gruczoł krokowy powiększony, lecz mało wrażliwy, naczyń wywodzących wyczuć się nie dało. Cewnik Nr. 18 sk. Charriera wchodzi do ujścia, za którém napotyka się opór ze strony zdziergacza i nadzwyczajną nadczułość w części krokowéj. Moczu wydziela około 1800 gr. na dobę, barwy ciemnopiwnéj, ciężaru gatunkowego 1020, stałych części wydziela zatém 46·60 gr. w 1000 cm. sz. Białko w moczu w ilości około 1%, lecz ciałek krwi, wałeczków ani przybłonków nie znalazłem. Choremu zaleciłem spokój, dyjetę mleczną i środki uspakajające wewnętrznie, a zewnętrznie do odbytnicy czopki z 0·02 belladony. Po ustąpieniu moczówki i parcia białko zniknęło po upływie kilku dni, poczém zastósowałem systematyczne leczenie sondami, co doprowadziło do zupełnego wyleczenia.

Opisana dopiero co postać moczówki różni się bardzo pochodzeniem i objawami od postaci w przypadku VI. Zależy ona od podrażnienia na drodze zwrotnéj wypieracza i skurczu tego mięśnia obok nieznacznego porażenia zżymacza, wywołanego cierpieniem części krokowéj. W danym razie wystąpiła ona jednocześnie z parciem na mocz i białkomoczem, który jednak ma zupełnie inne znaczenie niż opisany w przypadku V, zależy bowiem od trudności odpływu moczu zgęszczonego z moczowodów i pęcherza, w skutek obrzęku gruczołu i części krokowéj cewki. U kobiet spostrzegałem podobne objawy przy wysiękach okołomacicznych i obokpęcherzowych lub wreszcie przy niedomykalności mięśni pęcherza, przy któréj pewna część moczu zatrzymuje się w pęcherzu, nerki zmuszone są pracować silniéj, moczowody muszą kurczyć się energiczniéj, aby pokonać nietylko ciśnienie boczne ale i ciśnienie nadmiernego moczu, zawartego w pęcherzu przy jego niemożności. Wynikiem takiego stanu jest zastój żylny i nieodłączne od niego wydzielanie białka, a to jedynie polega na zmianie krążenia krwi w nerkach. Że zwiększone parcie na mocz jest powodem takiego zastoju pęcherzowego i białkomoczu, przekonywamy się ze spostrzeżenia, że póki sprawa nieżytowa np. ogranicza się w cewce do zdziergacza, a zatém póki nie ma parcia, dopóty nie znajdujemy białka, a występuje ono niezwłocznie po rozszerzeniu się sprawy za zdziergacz i po wystąpieniu parcia. Białkomocz o tyle jest większym, o ile silniejszém jest parcie, a po uspokojeniu tego ostatniego za pomocą środków narkotycznych ginie i białkomocz.

Podobne objawy moczówki bywają téż przy strachu, bólu, u osób skłonnych do niedomogi nerwowéj, przy wysiłkach cielesnych i umysłowych, itd., lecz daleko częściéj po samogwałcie, zbytkach płciowych i sprawach nieżytowych cewki lub narządów sąsiednich, np. przyjądrza, gruczołu krokowego itd., wywołanych rzeżączką, a sprowadzających nadczułość splotów nerwowych, względnie skurcz zwrotny wypieracza, jak to miało miejsce i w moim przypadku. Podobne skurcze tego mięśnia spostrzegałem téż w szczelinach szyi pęcherzowéj, a także w zapaleniach nieżytowych i guzach odbytnicy.

Przypadek VIII. Chory Bolesław S. przybył do mnie w marcu br., skarżąc się na trudne oddawanie moczu, że po zupełném wypróżnieniu pęcherza część moczu dostaje się do ubrania, prócz tego cierpi częste i bolesne parcie, lecz nie zawsze udaje mu się je zaspokoić, musi nieraz 5—10 minut wyczekiwać nim odejdzie cokolwiek moczu, który nie odpływa od razu, lecz kroplami lub cienkim strumieniem. Wśród oddawania moczu strumień bywa prawidłowym, lecz w końcu znowu cieńczeje i potém odpływa mimowolnie kroplami, przez pewien czas, po skończeniu aktu. Czasami wcale moczu oddać nie może i odchodzi z pissoiru bez skutku, lecz wstrzymania moczu zupełnego i na czas dłuższy nigdy nie spostrzegał. Co do pozycyi to najlepiéj udaje mu się oddanie moczu na naczyniu, przy jednoczesném oddaniu kału. Wszystkie te objawy występują we dnie, a w nocy tylko w razie gdy ją chory spędza bezsennie, co się dosyć często zdarza, z powodu ogólnego zdenerwowania. Przed 3ma laty miał rzeżączkę, która przeszła obecnie w stan przewlekły, w skutek zbytków płciowych i nadużywania napojów wyskokowych; z otworu cewki wydziela się codziennie z rana skąpa wydzielina, zlepiająca co rano otwory cewki (*gouttes militaires*). Przy badaniu okazało się, że cewka jest na całéj przestrzeni obrzękłą i bolesną, gdzieniegdzie na dolnéj jéj powierzchni wyczuwać się dają wyniosłości, wielkości i kształtu ziarna grochu. Badanie przez odbytnicę wykazuje wzmożoną pobudliwość części błoniastéj i krokowéj, obrzęk ciała jamistego cewki i nieznaczne powiększenie ciał wywodzących. Badanie cewnikiem wykazało nadczułość części krokowéj i skurcz zdziergacza; wydaliłem przy pierwszém badaniu około 150 gr. moczu koloru ciemno-piwnego, o ciężarze gatunkowym 1016, z nieznacznemi ilościami białka i licznemi fosforanami w osadzie, w którym brakło jednak wałeczków i ciałek ropnych. Przy powtórném badaniu użyłem sondy cieńszéj, lecz ta zawadzała się ciągle w ujściu pęcherza, z obawy więc skaleczenia i wywołania dróg fałszywych, użyłem sondy grubszéj, na końcu dobrze zaokrąglonéj. Zatrzymała się ona jednak w okolicy zdziergacza cewki, lecz prowadząc ją powoli i po użyciu umiarkowanego nacisku i przeczekaniu skurczu wyżéj nadmienionego mięśnia, udało mi się wprowadzić ją do pęcherza. Badanie sondą wykazało zwiotczenie błony śluzowéj, zwężenie cewki za ujściem pęcherza, nadczułość mięśnia zdziergacza cewki, części jéj błoniastéj i krokowéj. Badanie endoskopem wykazało, że w przedniéj cewce krąg obwodowy światła był niezmieniony; zaś ośrodkowy był wielokątny, z niewielką ilością fałdów i pozginanemi promieniami światła. W niektórych torebkach Morgagniego spostrzegałem smugi schodzące się pod kątem, matowe, lekko połyskujące, a odpowiadające bliznom na błonie śluzowéj. W części błoniastéj krążek odpowiadający szwowi cewki był mniéj widocznym niż w przypadkach I i II, również nie udało mi się tu spostrzedz otworów wytryskowych i przewodów gruczołu krokowego. W części krokowéj odbicie światła obwodowe nie odpowiadało kołu, ilość odcinków cewki była zmniejszona, promienie pozginane, w wielu miejscach brak zupełny odbić światła i zmiany w podziale koła świetlanego, jak to bywa w zapaleniu cewki ziarnistém (Grünfeld).

Przypadek IX. Benjamin S. przyszedł do mnie skarżąc się na niemożność utrzymania moczu, szczególniéj w nocy, w skutek czego bielizna i pościel chorego codziennie z rana jest zmoczoną. We dnie zaś musi czekać, nadymać się, przytém mocz nie odpływa strumieniem, lecz kapie pionowo, jak woda z rynny. Leżąc wcale moczu oddawać nie może, stojąc zaś cokolwiek lepiéj, lecz musi się schylać i użyć pewnego wysiłku. Czuje nadto ciągłe parcie na mocz, a nigdy zadość uczynienia, jakiego doznaje zdrowy człowiek po zupełném wypróżnieniu pęcherza. W ostatnich czasach zauważył, że mocz wyciekać zaczyna i we dnie. Chory miał zwyczaj wstrzymywania moczu; w młodości oddawał się onanii, spółkować zaczął dopiero w 26 roku życia i przechodził dwu krotnie dość silną rzeżączkę. Przewód pokarmowy osłabiony, stolce bywają co 2 lub 3 dzień. W jelitach cienkich wzdęcie i nieznaczne zastoiny kałowe; ucisk w okolicy pęcherza sprawia ból; chory w ogóle wątły, słabo odżywiany i nerwowy. Nacisk na kręgosłup nie wykazuje nigdzie wyraźnéj nadczułości, bólu w odnogach nie doznawał; odruchy ścięgniste, w obrębie ścięgna m. czworogłowego, ścięgna Achillesa, jak również ścięgna dwugłowego ramienia i zginaczy, na napięstku niezwiększone, również poszukiwanie (pędzlem Westphala) czułości skóry dało wynik ujemny, odnogi wolne od drżenia, ruchy prawidłowe, mowa niezmieniona. Chory nie zauważył jakoby parcie na mocz lub wyciskanie tegoż było silniejszém we dnie niż w nocy, jak to bywa zwykle przy skurczach zdziergacza, lecz objawy były równomierne we dnie i w nocy. Obecna choroba trwająca już dni kilka, nie jest pierwszą, przed 6 tygodniami były już podobne objawy, a nawet nastąpiło wtedy zupełne wstrzymanie moczu, tak, iż okazała się potrzeba wypuszczenia go cewnikiem. Badanie narządów płciowych zewnętrznych wykazuje zaczerwienienie i zlepienie zewnętrznego otworu cewki i obrzęk jéj w obrębie opuszki. Sonda Nr. 19 sk. Charrièra nie wchodzi daléj niż do opuszki, za którą średnica cewki odpowiada ledwie Nr. 16. Okolica pęcherza wzdęta i bolesna, a nad spojeniem kości łonowéj wyczuwa go się w postaci przepełnionego worka, z wypukiem tępym na 4 poprzeczne palce wyżéj spojenia. Wypuściłem miękkim cewnikiem francuskim (*coûde*) około 600 gr. ciemnopiwnego moczu, o dosyć niskim (1008) ciężarze gatunkowym, w którym znalazłem fosforany, nieznaczne ilości śluzu i zwykłe bakteryje gnilne. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Okulistyka.

Nowsze prace nad etyjologiją jaglicy.

Siedem lat upływa, jak na zjeździe okulistów w Heidelbergu przedłożył Sattler wyniki poszukiwań swoich nad ety-

jologiją jaglicowego zapalenia spojówki, a spór naukowy o etyjologiczną wartość znalezionych przezeń mikroorganizmów dotychczas nie jest rozstrzygnięty.

Sattler (*Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte* 1881, Nr. 3 i 4) znalazł w wydzielinie spojówkowéj i wyciśniętéj treści ziarn jaglicowych okrągłe drobne koki, zazwyczaj po dwa ułożone a przypominające rozmiarami swemi i ułożeniem wykryte przez Neissera koki rzeżączki. Zaszczepione na pożywkę gelatynową koki te rosną jako białawy obłoczek zwolna wzrastający na powierzchni, podczas gdy w głębi rozwój pojedynczych kolonij dość wolny przypomina ułożenie następowe paciorków różańca, z czasem kolonije te przybierają barwę żółtawą a powierzchnia zaklękać się poczyna. Szczepienia na zwierzętach nie przyniosły skutku dodatniego, natomiast szczepienia na spojówce ludzkiéj pomyślnym uwieńczone być musiały skutkiem, gdy po zaszczepieniu tak wydzieliny spojówkowéj, jak i mas z czystéj pochodzących hodowli był w stanie badacz ten wywołać wytworzenie się ziarn, w których treści wyż opisane znalazły się grzybki. Co prawda sprawa ta przebiegała bez wybitnego nastrzykania spojówki objawów podmiotowych.

W dwa lata potem badał R. Koch (*Berichte aus Aegypten an den preussischen Staatsminister des Inneren. Wien. med. Wochen. 1883*) podczas poszukiwań swoich nad etyjologiją cholery w Egipcie 50 przypadków jaglicowych zmian spojówki pod względem bakteryjologicznym i na podstawie odnośnych wyników rozróżnia 2 postacie: w jednéj tak w wydzielinie spojówkowéj jak i w ziarnach jaglicowych znajdowały się koki niczém nieróżniące się mikroskopowo od koków rzeżączkowych Neissera, w drugiéj zaś znalazł maleńkie prątki, podobne do prątków posocznicy mysiéj, tak w białych ciałkach krwi jak i wydzielinie wolno ułożone. Badania Kocha są pierwszemi, jakie w tym przedmiocie przedsięwzięto w ojczyźnie jaglicy w Egipcie, gdzie według podań autorów każdy prawie mieszkaniec mniéj lub więcéj cierpieniem tem jest dotknięty.

W roku 1886 przedsięwziął Michel (*Ueber den Mikroorganismus bei der sogenannten ägyptischen Augenentzündung (Trachom). Sitzungsberichte der Würzburger Phys. med. Geselschaft* 23/I 1886 i *Mikroorganismus der sogen. ägyptischen Augenentzündung (Trachom-coccus) Archiv für Augenheilkunde XVI*), z okazyi epidemicznego wystąpienia choroby téj w domu sierót w Aschaffenburgu, gdzie z 97 chłopców w krótkim czasie 69 na jaglicowe zapalenie spojówki zapadło, badania nad przyrodą téj choroby, przyczem zdołał potwierdzić badania Sattlera. Według Michla grzybki te przedstawiają się jako drobne 0·6—8·8 μ długie a 0·4—0·6 μ szerokie podwójne koki, których granica średnia jedynie przy silném powiększeniu odszukać się daje. Grzybki te barwią się wszystkiemi barwikami zasadowemi, barwikami anilinowemi oraz metodą Grama. Znajdował on je nietylko w wydzielinie spojówkowéj, ale i między komórkami ziarn, oraz w zabliźnionych ziarnach po przeszło 4-o letniém istnieniu cierpienia. Szczepienia przedsięwzięte na królikach nie udały się, natomiast przedsięwzięte szczepienia na spojówce ludzkiéj w znakomity powiodły się sposób. U chorego, któremu z innych przyczyn prawą gałkę oczną wyłuszczono, czynił M. liczne nakłucia powierzchowne na fałdzie spojówkowym powiek i umacniał w ten sposób jużto cząsteczki czystéj hodowli, jużto ciecz wyciśniętą z ziarn jaglicowych. Po założeniu opatrunku zamykającego szczelnie oko zauważył po upływie 48 godzin zwiększenie śluzowéj wydzieliny i powstanie na fałdzie spojówkowym drobnych nierówności zwiększających się po upływie następnych dwu dni. W wydzielinie spojówkowéj równie jak w wyciętém po 10ciu dniach ziarnie, znalazł M. tak drogą mikroskopową jak drogą hodowli wyż opisane mikroorganizmy. Podczas wystąpienia epidemii téj zauważył daléj M. mierny obrzęk gruczołów limfatycznych, szczególniéj przyusznych, w tych ostatnich operacyjnie usuniętych znalazł równie skąpą ilość tychże samych grzybków. Według badania tego różnicy pomiędzy *Conjunctivitis follicularis* a *Conjunct. trachomatosa* robić nie można. Badania Michla znalazły potwierdzenie w dochodzeniach Goldschmidta (*Centralblatt für klin. Medicin* 1887, Nr. 18), który obserwował nadto żółte zabarwienie hodowli tych grzybków i zaklęknienie nakształt tulipana powierzchni w wczesnych okresach rozwoju tych hodowli, co Michel i Sattler dopiero w późniéjszych okresach wzrostu widzieli. Kartulis, który miał sposobność znaczną ilość chorych na oczy w Aleksandryi obserwować, (*Zur Aetiologie der ägyptischen catarrhalischen Conjunctivitis. Centr. für Bacteriol. und Parasitenkunde* 1887 I *Band.* 10) podaje, że w Egipcie obok jaglicy równie pospolite jest kataralne zapalenie spojówki i ostry śluzotok spojówkowy. Autor był w stanie stwierdzić doświadczalnie, że śluzotok ów ma tę samą przyczynę co śluzotok cewki moczowéj, podczas gdy dla kataralnego zapalenia spojówki wykryte przez Kocha w r. 1883 prątki stanowią istotną przyczynę. Prątki te znalazł autor zawsze w wydzielinie, zawarte w ciałkach wypocinowych, szczepiąc w jednym przypadku otrzymał rezultat pomyślny co do natury swoistéj tego grzybka.

Natomiast Kucharski (*Bakteriologisches über Trachom. Centralblatt für prakt Augenheilkunde* 1887, p. 225—235) znalazł tak w wydzielinie spojówkowéj jak i ziarnach jaglicowych grzybek okrągły, podwójnie ułożony, którego hodowle zasadniczo różnią się od hodowli grzybka przez Sattlera, Michla i Goldschmidta znalezionego. Tenże sam grzybek znajdował się w treści mieszków w mieszkowém zapaleniu spojówki, wyników zaś szczepienia grzybka tego tak na spojówkę ludzką jak i zwierzęcą pomyślnemi, względnie przekonywającemi nazwać nie można. Z badań Straderinego (*Ricerche sulla istologia e sulla patogenesi della congiunctivite tracomatosa sulla cura di questa mediante il sublimato corrosivo. Pavia* 1887) wynika, że badacz ten odnalazł tak w wydzielinie jak i cieczy wyciśniętéj z ziarn jaglicowych grzybek hodowli identyczny z Sattlerowskim, który jednak zaszczepiony na spojówkę królika jaglicę wywołuje. Byłby to pewny dodatni wynik szczepienia choroby téj na zwierzęta. Omawiając wyniki dotychczasowych poszukiwań nad etyjologiją jaglicy, zwraca się Baumgarten (*Lehrbuch der pathologischen Mykologie* tom II, p. 368—375) przeciw swoistéj naturze znalezionych dotychczas mikroorganizmów, czepiając się słabéj strony dotychczasowych badań, mianowicie znalezienia grzybków tych jedynie w wydzielinie lub treści ziarn, w których badacz ten na licznych przekrojach tych grzybków znaleść nie zdołał, autor jest przekonany o przyrzutowéj naturze jaglicy, uważa jednak dotychczasowe wyniki w tym kierunku za niedostateczne. *Dr. Karliński.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie 14te z d. 3 października 1888 r.

Przewodniczący kol. Pieniążek. Członków obecnych 17.

1. Kol. Obaliński przedstawia operowanego, u którego w przeciągu 8 dni wykonał laparotomiję dwa razy. Obszerny opis tego przypadku pomieszczono w Przeglądzie Lek. W związku z przedstawieniem tego chorego podaje prelegent szczegóły odnoszące się do innego przypadku, w którym również wykonał laparotomiję dwakroć w krótkich odstępach czasu.

2. Kol. Obaliński okazał odźwiernik zajęty nowotworem rakowatym tak, że nastało bardzo znaczne zwężenie światła. Operacyję wycięcia odźwiernika wykonano typowo z tą tylko zmianą, że zachodziła potrzeba częściowego wycięcia bardzo małego kawałka trzustki. Pomimo zapatrywania autorów, że wycięcie częściowe trzustki ma wywoływać niebezpieczeństwo dla operowanego, to jednak w przypadku prelegenta nie powstała żadna szkoda dla choréj, która obecnie cieszy się zupełném zdrowiem i znakomitym apetytem.

3. Tenże przedstawił kłęb pozrastanych jelit, który wyciął u osoby z objawami zamknięcia jelit. U choréj téj dokonano przed kilku miesiącami wycięcia części jelita w klinice chirurgicznéj. Guz wycięty wielkości pięści przedstawia jelita pozrastane pomiędzy sobą tak, że o rozwiklaniu myśleć nie można. Guz ten był przyrosnięty od ściany jamy bszusznéj.

4. Tenże okazał kamień rozmiarów orzecha tureckiego, wydobyty za pomocą operacyi z poza łuku podniebiennego prze-

dniego prawego. Kamień ten jest t. z. amygdalolitem a nie kamieniem śliniankowym, jak było sądzić można, w tem miejscu bowiem nie ma żadnego ujścia przewodu ślinianek.

5. W końcu kol. Przewodniczący zdał relacyję o przypadku zwężenia krtani, w którym operował kol. Rydygier, później kol. Obaliński a który sam po wakacyjach badał.

Sekretarz *Dr. Schaitter.*

VII. O potrzebie oddzielnych zakładów leczniczych dla chorych na jaglicę.

Napisał Dr. Z. Kramsztyk,
z Warszawy.

Ma i sztuka lekarska swoje dzieci ulubione i swoich kopciuszków. Ot naprzykład katarakta: jak bezustanku operacyjami katarakty zajmują się lekarze, jak starają się je udoskonalić; ile z drugiéj strony starania łoży każdy lekarz, aby nabyć odpowiedniéj wprawy, jak pilnie notuje i ogłasza rezultaty swéj działalności na tem polu.

W porównaniu z takiemi operacyjami katarakty, sprawa leczenia jaglicy jest prawie zaniedbaną, zaniedbaną i w literaturze, a kto wie może, pod względem uwagi, jaką lekarze poświęcają swoim, na jaglicę chorym, pacyjentom.

I rzeczywiście sprawa leczenia katarakty, operacyja katarakty jest prawie załatwioną; można powiedzieć, że chory nieuleczony stanowi nieszczęśliwy a rzadki wyjątek; tymczasem leczenie jaglicy bardzo dużo przedstawia do życzenia i w każdym prawie przypadku lekarz czuje się niezadowolonym, albo z powodu połowiczego tylko wyniku swych zabiegów, albo, co najmniéj, z powodu niezmiernie długiego przeciągu czasu, jakiego leczenie wymaga.

Chorzy dotknięci jaglicą zasługują na to jak najbardziéj, aby pilną zwrócić na nich uwagę. Przedewszystkiem jest ich dużo, bardzo dużo, szczególniéj u nas. Na zachodzie widzi się rzadko tę chorobę i to przeważnie w lżejszych stopniach; istnieją kraje szczęśliwe, w których profesorowie skarżą się po trochu na brak dostatecznego materyjału klinicznego: w ciągu roku nie zdarza im się widzieć dostatecznéj liczby chorych jaglicowych, aby studentów z rozmaitemi postaciami téj choroby obznajomić. Tymczasem u nas dotknięci jaglicą stanowią może więcéj niż połowę wszystkich chorych, jakich w pierwszém lepszém ambulatoryjum ocznem znajdujemy. I dla tego, przywykli może za nadto śledzić przeważnie cudze myśli i cudze postępowanie, w obec jaglicy skazani jesteśmy na samych siebie. Na tym punkcie nikt nas nie wyręczy. Lekarze zachodniéj Europy nie mają ani sposobności studyjować tylu przypadków jaglicy, ani leczenie téj choroby nie jest dla nich sprawą tak doniosłą. Na tém polu raczéj innych uczyć, niż od innych uczyć się powinniśmy.

Po liczbą przypadków drugą, bardzo ciemną stronę jaglicy stanowi jéj przewlekłe, nieskończone trwanie. Rozpoznanie jaglicy stanowi już wyrok na całe lata ciężkiego życia. Już w samych początkach choroby jednym z pierwszych, a najprzykrzejszych dla chorego objawów, jest niemożność dłuższéj pracy, a zwłaszcza wieczornego czytania i pisania. Cierpi on niewiele; nie ma jeszcze prawie żadnych widocznych objawów choroby, prócz może „zmniejszenia“ oczu, czasem i zgrubienia fałdu półksiężycowego. Ale sama trudność dłuższéj pracy niezmiernie gnębi chorego, a przy dzisiejszych zajęciach, przeważnie usilnéj pracy oczu wymagających, nieraz choremu ciężką szkodę przynosi. Do tych pierwotnych objawów dołączają się następnie wrzody na rogówkach; już chory, na czas pewien, zwykle na przeciąg kilku tygodni, staje się nieprzyjacielem światła, więźniem w ciemnym pokoju: jakikolwiek był zawód chorego, już się na czas dłuższy przerywa, jedynem zajęciem jest cierpienie i skarga. Rozmaicie często powtarzają się te napady, które i na ogólne zdrowie nie pozostają bez wpływu. W czasie tego całego długiego okresu człowiek jest nieszczęśliwym, a bardzo często i zrujnowanym. Po każdym napadzie, po każdym wrzodzie, pozostają plamy, którą stanowi nietylko blizna, ale i szeroki w koło ślad łuszczki zbawczéj. Jeżeli nawet choroba ustąpi, cierpienia znikną i powtarzać się nie będą, wzrok jednak już nigdy do pierwotnéj czystości nie powróci i człowiek jest na zawsze wykolejonym z drogi swojego życia. Jeżeli powieki wezmą udział w cierpieniu, zegną się na kształt łódek, brzegi od tyłu się zetrą, a rzęsy dotkną rogówek, wtedy wszystkie cierpienia i zmętnienia dosięgają szczytu; po wyrwaniu rzęs chory czuje ulgę, ale tylko na kilka, albo kilkanaście dni, poczem znowu jedynem jego marzeniem jest pozbyć się rzęs. Wreszcie jako uwieńczenie tego całego przebiegu, po wielu latach przewody gruczołów łzowych zostają zatkane, spojówka i rogówka „wysychają“, przybłonek ich rogowacieje; człowiek bez ratunku oślepł już na zawsze.

Niewszyscy chorzy przebiegają tę drogę cierniową przez wszystkie jéj stacyje. Im cięższy, późniejszy stopień choroby, tem rzadziéj w klinice się spotyka, bo choroba na każdym stopniu pośrednim zatrzymać się i względnie ustąpić może, ale już każdy z tych stopni przejściowych jest chorobą ciężką i długą.

Kiedy mówię o jaglicy, o cierpieniach przez nią sprowadzonych, nie mam tu na myśli żadnéj ściśle pod względem anatomicznym określonéj postaci chorobowéj. Odnosi się to do wszystkich ciężkich, a nawet nieraz i lżejszych przewlekłych chorób spojówki. Takie nadużycie wyrazu „jaglica“ z dodatkiem jakiego epitetu, jest powszedniém, a ja tu dla uproszczenia świadomie to nadużycie popełniam.

Nie sąto choroby, dla których medycyna dotychczas żadnych leków nie znalazła. Jest środków dużo i bardzo pożytecznych. Można powiedzieć, że prawie każdy chory po leczeniu znacznéj ulgi doznaje. Zbawiennemi dla chorych są przedewszystkiem operacyje, za pośrednictwem których lekarz poprawia nieprawidłowy kierunek rzęs lub brzegów powiekowych, zwężenie szczeliny powiekowéj, cierpienia dróg łzowych; skutecznie działa wyskrobanie rogówek i osadów metalicznych, które się tam dostały, skutkiem nieprawidłowego leczenia. Leczenie na drodze operacyjnéj saméj choréj spojówki jest dopiero w początkach, a już wielkie przynosi korzyści i świetną reformę na tém polu zapowiada.

Ale i leczeniu za pomocą środków farmakologicznych nie można odmówić bardzo dobrych, czasem bardzo świetnych skutków. Z tych środków na pierwszym planie stoi azotan srebrowy i siarkan miedziowy. W okresie czasowych pogorszeń, to jest najczęściéj wrzodów rogówki, można też szybką przynieść ulgę. Pomimo takiéj obfitości środków wcale nieobojętnych, w pożądanym kierunku działających niewątpliwie, lekarz i chory rzadko są zupełnie z kuracyi zadowoleni. Poprawę stanu zdrowia stosunkowo łatwo jest sprowadzić, ale prawie nigdy, a przynajmniéj bardzo wyjątkowo dojdziemy do tego, aby chorego zupełnie uzdrowić. Nie mówię o tych zmianach, które usunąć się już nie dadzą: o bliznach na spojówce i plamach na rogówce. Ale dojść do tego, aby rozeszło się to wszystko, co rozejść się może bez śladu, a co zmienić się musi, zabliźniło się rzeczywiście i gładko, jest trudno. Prawie zawsze chory z leczenia tylko ze znaczną wychodzi poprawą, i ta poprawa rzadko jest trwałą.

Chcę zwrócić uwagę na pewne okoliczności, które w leczeniu chorych na jaglicę, zauważyć można. Przedewszystkiém chory daleko lepiéj i prędzéj się leczy, jeżeli się leczy nie w domu, leczenie domowe trwa nieraz bardzo długo; chory wyjeżdża; leczenie prawie toż same rychłą sprowadza poprawę. Nie zmiana lekarza na tę poprawę wpływa, bo często lekarz, po długich niepocieszających próbach przyjmuje chorego do szpitala, gdzie on gorsze warunki hygieniczne znajduje i przy tém samém w dalszym ciągu postępowaniu, prędko następuje poprawa. Nie trudno to wreszcie zrozumieć. Kto porzucił dom i zwykłe zajęcie dla leczenia, ten przedewszystkiém leczenia już nie zaniedbuje, bo go żadne względy od niego nie odciągają; powtóre unika tych wszystkich szkodliwości, jakie z zajęcia albo nawet z zabawy wynikają. Ileż mi się razy zdarzyło, że przyjmowano do szpitala chorych z ciężkiemi cierpieniami jaglicowemi, którzy poprzednio przez czas długi prawie bezskutecznie leczyli się w ambulatoryjum, zadziwiony byłem szybkim postępem leczenia; a ledwie chory ze szpitala wystąpił, już po kilku dniach

nieraz ze znacznie pogorszonym stanem znowu się zjawiał w ambulatoryjum.

A chorego długo w szpitalu trzymać nie można. Oddziały oczne są u nas w ogóle szczupłe i jest ich nie wiele. Najczęściéj zapełniają te oddziały operowani, których zawsze przedewszystkiem i najchętniéj się przyjmuje. Z dotkniętych jaglicą do szpitala będą przyjęci albo ci, którym operacyi jakiéj dokonać potrzeba, albo których stan chwilowemu uległ pogorszeniu, przedewszystkiém skutkiem jakiegoś większego wrzodu na rogówce. Dla innych miejsca w szpitalu nie ma i nie jest wcale pożytecznêm, aby człowiek zresztą zdrowy przez długie miesiące przebywał w szpitalu. Wreszcie te okresy choroby, najliczniejsze i najlżejsze, w których rogówki są wolne od cierpienia, najmniéj szybkiéj poprawie ulegają w szpitalu. Przekonałem się nieraz, że chorzy tacy daleko lepiéj się czuli i daleko prędzéj do zdrowia powracali, gdy używali rzecznych kąpieli, gdy przedewszystkiém przez czas dłuższy przebywali na świeżém powietrzu. Odnosi się to i do tych przypadków lekkich, początkowych cierpień, gdzie chorzy leczenie miejscowe źle znoszą i stan oczu się pogarszał, gdzie napróżno rozmaite środki lekarskie zmieniano, a pobyt na wsi i świeże powietrze sprowadził wyzdrowienie.

Zbierając te wszystkie uwagi, które powyżéj przytoczyłem: że dotknięty jaglicą najlepiéj się leczy, gdy nie leczy się w domu, że świeże powietrze, i rzeczne kąpiele bardzo przyspieszają i ułatwiają leczenie, że jednakże leczenie chorego oka będzie zawsze najważniejszém, dojdziemy do wniosku prostego, że zakład wiejski dla dotkniętych jaglicą powinienby bardzo znaczne oddawać usługi. Co do wyboru miejscowości na zakład podobny nie trzebaby bardzo być wybrednym; każda miejscowość lesista i rzeczna byłaby odpowiednią. Nie można wszakże istniejących zakładów wprost zużytkować w tym celu i chorych ocznych tam posyłać, bo zakład taki wymaga biegłego lekarza ze wszystkiemi metodami leczenia oczu, z operacyjami dobrze obznajmionego, a powtóre, potrzeba pewnych specyjalnych urządzeń, dla leczenia i operowania. Urządzenie podobne nie trudno wszędzie przeprowadzić.

Pacyjenci podobnego zakładu, chorzy na jaglicę, są to przeważnie ludzie biedni i trudnoby liczyć na to, aby z opłaty od chorych zakład mógł się utrzymać. W wielu miejscowościach istnieją kolonije dla ozdrowieńców, często nad morzem urządzone, jako rozszerzenie szpitala. W podobny sposób wyobrażam sobie taki zakład dla chorych na oczy. Zamiast rozszerzać szczupłe oddziały oczne, możnaby z korzyścią podobne dodatki wiejskie urządzić. Zresztą możnaby do takiego zakładu przyjmować nie tylko tych, którzy na jaglicę cierpią, ale i wszystkich chorych na oczy. Prawdopodobnie i operacyje katarakty w takich warunkach najlepsze dałyby rezultaty, a chorzy najprzykrzejszy czas konwalescencyi przebyliby daleko swobodniéj.

Wreszcie nie chcę podawać ani planu, ani szczegółów urządzenia podobnego zakładu, chciałem tylko zaznaczyć potrzebę takiego zakładu i pragnąłbym, aby szanowni Koledzy mój pogląd za słuszny uznali. Zanim jakikolwiek nowy zakład powstanie, przedewszystkiém musi być społeczeństwo przekonaném o jego potrzebie; to przekonanie coraz głębiéj sięgając, w czyn zwolna przechodzi. Należy tylko głośno wypowiedzieć i sprawę zaszczepić. A że zjazdy właśnie głośno przemawiają, że to jest jedną z najważniejszych korzyści zjazdów, dla tego tę sprawę na dzisiejszem poruszyłem zebraniu i wywodami może zbyt mało naukowemi tak długo uwagę szanownych Panów zająłem. Ale idzie tu o sprawę patologiczną, niestety, bardziéj dla nas, niż dla całéj zachodniéj Europy pilną. Istnieć wszakże musi pragnienie, które z czasem jako wyraźne postawimy sobie może zadanie, aby kraj pozbył się téj choroby, a przynajmniéj aby jéj rozmiary znacznie się zmniejszyły. Zdaje mi się, że przy zwróceniu na tę sprawę uwagi, możnaby pomyślny wynik osiągnąć, choć zwolna i niezupełnie. Zakłady wiejskie, któreby chorych na pewien przeciąg czasu z domu usunęły i niewątpliwie w daleko krótszym przeciągu czasu przywracały im zdrowie, do tego ważnego a dalekiego celu przybliżyłyby nas nieco.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 25 października. W Nr. 27 i 29 Przeglądu Lek. donosiliśmy, że prof. Adamkiewicz w d. 9 czerwca r. b. wniósł na ręce Rektora U. J. prośbę o dymisyję, i że wbrew doniesieniom gazet lekarskich wiedeńskich i berlińskich dymisyi téj nie cofnął. Późniéj atoli w podaniu wystósowaném do Ministerstwa prof. Adamkiewicz oświadczył gotowość pozostania na katedrze jeszcze przez rok jeden i wykłady swoje w półroczu bieżącém już rozpoczął. W obec więc faktu nie cofnięcia lecz odroczenia dymisyi ze strony prof. Adamkiewicza Wydział lekarski, aby nie być zaskoczonym z końcem roku szkolnego przez opróżnienie ważnéj katedry, na wniosek dziekana wyznaczył komisyję, któraby zawczasu rozpatrzyła się w téj sprawie i poczyniła odpowiednie wnioski.

* W Poznaniu wychodzić będzie od d. 1 stycznia 1889 r. nowe pismo lekarskie p. t. „*Nowiny lekarskie*“, jako organ wydziału lek. T. P. N. w Poznaniu, raz na miesiąc, w objętości najmniéj dwóch arkuszy druku, nakładem księgarni Żupańskiego. Komitet redakcyjny składają Drowie Chłapowski, Kaczorowski, Koehler, Święcicki, Szuman, Wicherkiewicz i Zielewicz. Nr. 1-szy wyjdzie 15 grudnia r. b. Cena prenumeracyjna nie jest podaną w okólniku, który otrzymaliśmy; honorarium za prace oryginalne wynosić będzie 40 marek od arkusza druku oprócz odbitek bezpłatnych, których autor żądać może w ilości 20—40. Komitet redakcyjny pragnie wykluczyć wszelką odrębność prowincyjonalną; pismo ma być przedewszystkiem organem lekarzy praktykujących, nie wykluczając atoli działów teoretycznych.

Witamy pismo nowe lekarskie, powstające na kresach naszych śród warunków trudnych, a witamy têm radośniéj, o ile koledzy poznańscy, przystępując do tego wydawnictwa, składają dowód wielkiéj ofiarności i ochoczości do pracy. Mamy niepłonną nadzieję, że pismo nowo powstające razem z dawniéj istniejącemi zdążać będzie do wspólnego celu, do wzbogacenia piśmiennictwa lekarskiego naszego, a rękojmię w téj mierze dają podpisani na okólniku koledzy, w piśmiennictwie już zaszczytnie znani.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Posada lekarza miejskiego w Błażowy w skutek śmierci byłego doktora została opróżnioną. (Ludności przeszło 4.500 dusz). Płaca roczna 400 złr. i 4 sągi drzewa, oprócz tego dochody z oględzin zmarłych i bydła i wolna praktyka. Doktorowie wszech nauk lekarskich mają pierwszeństwo. Podania na ręce Naczelnika gminy najpóźniéj do dnia 10 Listopada 1888.

Błażowa dnia 15 Października 1888.

Urząd gminny Błażowy.

Jan Kruczek,
Naczelnik gminy.

Zdrojowisko **Salzbrunn** na Śląsku

Pora zdrojowa od 1 Maja po koniec Września.

Oberbrunnen

(od r. 1601 pod względem lekarskim znany alkal. zdrój pierwszorzędny. Odznaczający się smakiem i trwałością. Wyborny środek leczniczy przeciw cierpieniom narządu oddechowego, żołądka, dróg moczowych, w dnie itd.) Rozsełka w każdéj porze roku za pośrednictwem firmy Salzbrunn na Śląsku. **Furbach i Strieboll.**

Krajowa fabryka opatrunków leczniczych i środków desinfekcyjnych w Krakowie poleca:

Opatrunki antyseptyczne, środki desinfekcyjne, artykuły gumowe i leczniczo chirurgiczne po umiarkowanych cenach. Każdy opatrunek téj fabryki opatrzony jest powyższą firmą oraz nazwiskiem fabrykanta lub literami **M. L. D.** w czerwonym krzyżu na co przy kupnie uwagę zwracać prosi.

M. L. Dobrowolski
Kraków, Nowa wieś.

WODA NATURALNA
ze ZDROJU GIZELI
(z WORYCZOWA)

Najodpowiedniejszy orzeźwiający napój tak sam jak z winem lub sokami owocowemi. Używany również jako woda lecznicza w cierpieniach *żołądka, krtani, płuc i pęcherza.*

Cena ½ litrowéj butelki . . . . 17 ct.
„ 1 „ „ . . . . 22 „

Nabywać można w składach wód mineralnych i aptekach.

EKSTRAKT SŁODOWY

wyrobu

I. TRĄBCZYŃSKIEGO

w WINIARACH pod KALISZEM

jako środek leczniczy w kaszlu i innych chorobach piersiowych, wypróbowany w swych skutkach przez lekarzy i chemików, na wystawach Przemysłowo-Rolniczéj Warszawskiéj i Krajowéj Krakowskiéj zaszczycony medalami, oraz na Wystawie higijenicznéj w Warszawie listem pochwalnym.

Leczenie przeciwprątkowe

SUCHOTY — GRUZLICA — ZAPALENIE GRUCZOŁÓW

PEREŁKI JODOFORMOWE
Dra CLERTANA.

Każda perełka zawiera pod żelatynową osłonką cienką, przeźroczystą i bardzo rozpuszczalną 5 ctgr. ***Jodoformu*** rozpuszczonego w eterze.
Średnia dawka: 4 dziennie po 2 przy każdym głównym posiłku.

PEREŁKI KREOZOTOWE
Dra CLERTANA.

Każda perełka zawiera pod żelatynową osłonką cienką, przeźroczystą i bardzo rozpuszczalną 5 ctgr. ***Kreozotu*** rozpuszczonego w eterze.
Średnia dawka: 4 dziennie po 2 przy każdym głównym posiłku.

Pigułki i ziarnka z napisami

wyrobu

Medal złoty jedyny na paryskiéj Wystawie powszechnéj 1878. **L. FRERE** Medal złoty a wystawie w Amsterdamie 1883.

Paryż 19, rue Jacob 19. Paryż.

WYCIĄG z KATALOGU:

Akonityn bezkształtny	po ½	mlgrm.
Akonityn bezkształtny	po 1	mlgrm.
Akonityn krystalizowany	po ¼	mlgrm.
Aleos	po 5	ctgrm.
Arsenian sodowy	po 1	mlgrm.
Arsenian strychninowy	po ½	mlgrm.
Atropin	po ½	mlgrm.
Chlorowodan morfinu	po 1	mlgrm.
Digitalin bezkształtny	po ½	mlgrm.
Dwuchlorek rtęci	po 1	mlgrm.
Dwujodek rtęci	po 1	mlgrm.
Ergotyn	po 1	ctgrm.
Jodek żelazowy	po 5	ctgrm.
Kodein	po 1	ctgrm.
Kofein	po 1	mlgrm.
Kwas arsenowy	po 1	mlgrm.
Kwas salicylowy	po 10	ctgrm.
Mlekan żelazowy	po 5	ctgrm.
Morton (Pigułki)		
Octan morfinowy	po 1	mlgrm.
Octan morfinowy	po 1	ctgrm.
Podofilin	po 1	ctgrm.
Podofilin	po 25	mlgrm.
Quassin	po 2	ctgrm.
Santonin	po 5	ctgrm.
Tanina	po 10	ctgrm.
Wyciąg belladony	po 1	ctgrm.

Nazwa i ilość istoty działającéj są wyciśnięte na każdéj pigułce lub ziarnku. Napis ten bardzo czytelny ma na celu zapobiedz pomyłkom tak łatwym w obchodzeniu się ze zwykłemi ziarneczkami.

Proces wyrobu pigułek i ziarnek z napisami pozwala otrzymać masy bezwzględnie jednostajne, w których *czynniki działające są jednostajnie rozdzielone* i *odmierzone z matematyczną ścisłością.*

Przyroda osłonki zapewnia utrzymanie istoty leczniczéj w wszelkich warunkach ciepłoty i wilgoci.

Wykaz powyższy obejmuje jedynie małą część pigułek i ziarnek które przyrządza Zakład p. **L. Frere.** Katalog zupełny i próbki wysela się bezpłatnie każdemu lekarzowi na żądanie.

Mimo doskonałości pigułki te i ziarnka nie są droższe niż zwykle sprzedawane gatunki.

Pigułek i Ziarnek dostać można w następujących aptekach:

we Lwowie: u pp. Mikolascha, Wewiórskiego, Sklepińskiego i Ruckera;
w Krakowie: u pp. Redyka, Wiszniewskiego i Trauczyńskiego;
w Tarnopolu: u p. Leona Fleischman;
we Wiedniu: Engelapotheke am Hof; — zum schwarzen Bären, am Lugeck; — Moll's Apotheke, zum Storch; — zum heiligen Leopold, Plankengasse; — zum goldenen Reichsapfel, Singerstrasse, 15; — Apteka, Operngasse, 10; — Alte k. k. Feldapotheke am Stephansplatz; — zum rothen Krebs, Hohermarkt; — Mohrenapotheke, Tuchlauben, 9;
w Buda-Peszcie: u p. Józefa von Török;
w Pradze: u pp. Fürst i W. Adam;
w Bernie: u p. Lusara;
w Gracu: u pp. Antoniego Redweda i Purgleitnera.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.